

Il/la sottoscritt_ _____ (qualifica) _____

In servizio in questo Istituto, **chiede** di poter usufruire per il periodo

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ di:

- Malattia**
- (Solo personale ata) Visita specialistica/Esami diagnostici (assenza giornata intera)
- (Solo personale ata) Visita spec./esami diagn. (assenza oraria) dalle ore _____ alle ore _____
- Ricovero in day-hospital
- Ricovero ospedaliero
- Convalescenza post-ricovero
- Grave patologia (per tutti allegare certificazione medica)

Indirizzo di reperibilità per visita di controllo

Via _____ località _____

- Permessو giornaliero **retribuito** (personale di ruolo) per :
 - Motivi personali/familiari (assenza giornata intera) _____
 - (solo personale ata) Motivi pers./famil. (assenza oraria) dalle ore _____ alle ore _____
 - Partecipazione a corso/esame
 - Lutto familiare (parenti entro il 2° grado ed affini entro il 1° grado)(**ANCHE PERS. T.D.**)
 - Matrimonio (**ANCHE PERS. T.D.**)
- Permessو giornaliero **non retribuito** (personale a tempo determinato)
 - Motivi personali/familiari _____
 - Partecipazione a corso/esame
- Aspettativa per motivi di famiglia, di studio o personali
- Donazione sangue
- Altro caso _____

San Giovanni Ilarione _____ firma _____

Riservato all'ufficio

Vista la domanda di cui sopra e la documentazione allegata, si concede quanto richiesto.

Il referente di plesso/Dsga

Il Dirigente Scolastico

Carnevali prof. Ugo